**MODELLO DI CONGEDO PER MALATTIA BAMBINO**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMRENSIVO

MONS. L. VITALI - BELLANO

Il/La sottoscritto/a................................................................., nato/a a ..................................................

il ......................................, in servizio presso codesto Istituto in qualità di docente ata presso la sede di ………………………..............................................................,

Comunico che intendo assentarmi dal lavoro per malattia del bambino, ai sensi dell’art. 7 della legge 30/12/1971 n. 1204, come modificato dall’art.3 della legge n. 53 dell’8 marzo 2000, quale genitore di (nome figlio/a)............................................................................nato il ..................................................

**per il periodo dal** .......................... **al** .............................(totale giorni ...............),

come da certificato di malattia rilasciato da...........................................................................................

a tal fine dichiaro, ai sensi dell’art. 4 della legge 04/01/1968 n. 15, che l’altro genitore (nome).................................................................................. nato a .......................................................

il ..............................., nello stesso periodo non è in astensione dal lavoro per lo stesso motivo, perché (\*):

□ non è lavoratore dipendente;

□ pur essendo lavoratore dipendente da

(*indicare con esattezza il datore di lavoro dell’altro genitore e l’indirizzo della sede di servizio)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………,* non intende usufruire dell’assenza dal lavoro per il motivo suddetto.

data.................................. Firma ...........................................................

(\*) barrare con una crocetta quella delle due opzioni che interessa

***(Conferma dell’altro genitore)***

Io sottoscritto,................................................................................., ai sensi dell’art.4 della legge n.

15/1968, confermo la suddetta dichiarazione del Sig.............................................................................

data.................................. Firma ...........................................................

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Maria Luisa Montagna

**Dichiarazione sostituiva di atto di notorietà (art. 47 DPR 445/2000)**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMRENSIVO

MONS. L. VITALI - BELLANO

**Oggetto: DICHIARAZIONE DEL SECONDO GENITORE**

**da allegare alla richiesta di :**

**1. congedo parentale (ex astensione facoltativa per maternità)**

**2. assenza per malattia del bambino.**

..l.. sottoscritt……………………………………………………………………………………….…,

nat… a …………………………………………………(…..) il……..…./……….…/………….

residente a……….…………………....(…)Via………………………………

in servizio presso ……………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………..

in qualità di …………………………………..……………………………………………..

(indicare precisamente la sede di servizio con recapito telefonico ed indirizzo mail)

ai sensi dell’art. 47 DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole che la

dichiarazione mendace è penalmente sanzionata ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/2000

**D I C H I A R A**

per il figlio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di non usufruire per il periodo dal …………….…....………. al ………………….…....………

del diritto di astenersi dal lavoro in relazione al

congedo parentale (ex astensione facoltativa)

malattia bambino

che non ha usufruito dello stesso tipo di congedo

ovvero ne ha usufruito nei seguenti periodi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Genitore  (padre o madre) | Dal | Al | Totale mesi | Totale giorni |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_